

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-7726-1875 或 7726-1876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 安達人壽 保戶服務 收
如有相關查詢，請洽客服專線：02-6623-3688 (如需確認傳真請於次一工作日來電查詢)

委任書

本人(要保人)_____ / 保單號碼：_____ 向 貴公司辦理
_____。茲因無法親自辦理，故委託_____先生(女士)憑此委任書
至 貴公司辦理領取支票(支票受款人限要保人本人)，由其轉交本人。

此 致 安達國際人壽保險股份有限公司

★委任人(要保人)簽名：_____ ★受任人簽名：_____

中華民國_____年_____月_____日

※上述內容若有塗改，請委任人(要保人)於塗改處簽名。

※請填妥本委任書，並請受任人檢附本委任書和攜帶委任人及受任人身分證明文件正本。

個人資料蒐集、處理、利用告知事項

安達國際人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：(一)人身保險(〇〇一)；(二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)；(三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)**二、蒐集之個人資料類別：**(一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)；(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)；(三)病歷、醫療、健康檢查；(四)保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。**三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：**(一)要保人、被保險人；(二)當事人之法定代理人、輔助人；(三)各醫療院所；(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。**四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：**(一)期間：公司存續及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司及安達集團成員、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。**五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：**(一)得向本公司行使之權利：1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向本公司請求補充或更正。3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。**六、台端不提供個人資料所致權益之影響：**台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此 可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。本公司依法令或為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整，本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料，除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外，亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。

【以下欄位由安達國際人壽保險股份有限公司填寫】

作 業 欄	文件審核	經 辦	覆 核	主 管
	<input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件			